

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

67

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 3 Décembre 1896, à 1 heure

PAR

Louis LEBLANC

Né à Tours, le 25 août 1872

Ancien interne des Hôpitaux de Tours

GASTROBRUAGIE & PERFORATION

DANS

L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

ALBARRAN et RÔGER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

67

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 3 Décembre 1896, à 1 heure

PAR

Louis LEBLANC

Né à Tours, le 25 août 1872

Ancien interne des Hôpitaux de Tours

GASTRORRHAGIE & PERFORATION

DANS

L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

ALBARRAN et ROGER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		N.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		Mathias DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-		FOURNIER.
dies de l'encéphale		RAYMOND.
Clinique des maladies cutanées et syphilit..		TILLAUX.
Clinique des maladies du système nerveux..		BEAUGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires...		PANAS.
Clinique ophthalmologique		TARNIER.
Clinique d'accouchement		PINARD.
		M. PAJOT.
	Professeur honoraire..	

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE TOURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin honoraire des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Ayant eu dans le cours de nos études médicales l'occasion d'observer plusieurs complications de l'ulcère de l'estomac, nous avons décidé d'en faire le sujet de notre thèse.

Dans la première partie nous traiterons de la gastrorrhagie, après avoir en quelques mots tracé l'histoire des ulcères de l'estomac.

Dans la deuxième partie nous étudierons la perforation en insistant particulièrement sur l'absence fréquente de la péritonite et sur la multiplicité des perforations.

Enfin dans un dernier chapitre nous parlerons du traitement de cette complication.

Mais avant de commencer notre travail, nous tenons, au moment de quitter tous nos professeurs, à leur adresser l'assurance de notre plus profonde reconnaissance.

Que Monsieur le professeur Laboulbène, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse reçoive ici l'assurance de notre plus vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait.

Nous remercions tout particulièrement Monsieur le

professeur Hippolyte Thomas qui, pendant toute la durée de notre internat à Tours, nous a fait profiter de sa grande expérience clinique.

Monsieur le D^r Louis Thomas, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Tours, a également droit à toute notre reconnaissance pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant la durée de nos études.



HISTORIQUE

La connaissance des ulcères de l'estomac n'est pas de date récente.

On trouve dans les auteurs anciens et même dans Galien la description de lésions de l'estomac qui doivent être rapportées à l'ulcère simple.

B. Grassien, en 1695, décrit des pertes de substances qui avaient déterminé soit des perforations, soit des hémorrhagies mortelles.

Littré, en 1704, rapporte une observation où la mort est survenue par hémorrhagie.

Gérard, en 1803, cite plusieurs observations intéressantes de perforation.

Mattew Bailhi, en 1805, signale des ulcères de l'estomac ayant une certaine analogie avec les ulcérations que l'on peut rencontrer sur d'autres régions. Il insiste sur la netteté de la perte de substance et quelquefois la destruction complète des parois gastriques.

Morin, en 1806, dans sa thèse étudie les érosions de l'estomac.

En 1812 Mattew Bailhi, reprenant la question, aurait,

d'après Lebert, séparé les ulcères réputés cancéreux des solutions de continuité de la muqueuse stomacale qui ne sont pas de cette nature.

Certes Matthew avait bien vu qu'il existait entre cette affection et les ulcérations cancéreuses de légères différences ; il devait laisser à Cruveilhier l'honneur d'établir nettement cette séparation en décrivant l'ulcère simple.

En effet il faut arriver à l'année 1830 pour trouver une étude vraiment intéressante de cette question.

Cruveilhier différencia nettement les ulcérations cancéreuses des ulcérations simples de l'estomac ; il décrit magistralement l'ulcère chronique simple, donna le traitement de cette affection, étudia ses complications et reconnut sa curabilité.

En 1838, il complétait son œuvre (1) et, comme le dit M. Dieulafoy dans son traité de pathologie interne (2), « il nous a laissé, de cette maladie, un tableau anatomique et clinique si complet, que par un juste hommage rendu à sa mémoire, cette maladie doit porter son nom. »

Aussi dans le cours de notre thèse désignerons nous souvent cette affection sous le nom de *maladie de Cruveilhier*.

Depuis cette époque de nombreux travaux ont suivi, venant apporter quelques documents nouveaux sans cependant rien retrancher à l'œuvre de Cruveilhier.

(1) Cruveilhier. — Anatomie path. du corps humain 1830 X^e livraison.

(2) Dieulafoy. — Traité de path. interne, 1890. T. II p. 132.

Abercrombie en 1830 avait dans ses recherches sur les affections de l'estomac consigné des observations fort intéressantes sur l'ulcère de cet organe.

En 1839 Rokitansky publie sur *l'ulcère perforant*, des recherches importantes qui viennent confirmer les idées de Cruveilhier.

Niémeyer dans son traité de pathologie étudie *l'ulcus rotundum*.

Andral, dans ses cliniques médicales (1839), cite plusieurs observations relatives à la maladie de Cruveilhier.

On doit à deux médecins Anglais, W. Brinton (1856) et Bennet (1858), des travaux estimables qui méritent une mention spéciale.

Enfin dans ces dernières années on reprit attentivement l'étude de cette maladie.

Alors parurent les remarquables travaux de MM. Lanceraux, Laveran, Letulle, Cornil, Ranvier, Debove, Renault, Dieulafoy, Hayem, Rémond, Gilles de la Tourette qui contribuèrent largement à compléter l'étude de cette maladie en y apportant les résultats de leurs savantes recherches.



CHAPITRE PREMIER

Gastrorrhagie et hématomèse

Accident souvent mortel survenant dans le cours de l'ulcère simple, la gastrorrhagie est une hémorrhagie consécutive à une lésion des vaisseaux de l'estomac et qui se fait à la face interne de cet organe.

Pendant longtemps, certains auteurs ont confondu la gastrorrhagie et l'hématomèse.

On sait aujourd'hui que l'hématomèse n'est qu'un symptôme s'appliquant au vomissement de sang, que ce sang vienne directement de l'estomac ou d'une autre partie du tube digestif.

Ces deux termes sont donc bien différents pouvant être observés séparément.

Nous ne nous occuperons dans ce chapitre que des hémorrhagies survenant dans le cours de la maladie de Cruveilhier.

De tous les accidents que peut entraîner l'ulcère de l'estomac, un des plus fréquents et des plus graves est sans contredit l'hémorrhagie.

L. Müller, dans sa statistique portant sur 120 cas d'ulcères, a constaté 35 hématomèses, ce qui porte la proportion à 1 pour 3.

Mais, assurément, la gastrorrhagie doit être plus fréquente, si l'on tient compte des hémorrhagies qui restent ignorées.

Voici dans quelles circonstances se produit cet accident.

Brusquement, sans que rien n'ait fait prévoir la terrible complication qui va se produire, le sujet est pris tout à coup d'un malaise qu'il ne peut définir et il tombe foudroyé avant même qu'on ait pu se porter à son secours. (Observation II).

Chez d'autres individus, les choses se passent différemment et plus lentement.

La gastrorrhagie est précédée d'un état de malaise et d'un dérangement plus ou moins grave dans les fonctions de l'estomac.

Puis, une douleur vive à l'épigastre, une sensation de brûlure dans cette région, des tiraillements lombaires, de l'étouffement, un refroidissement du corps, de la pâleur de la face, des lipothymies et quelquefois une sueur intense annoncent que l'hémorrhagie s'effectue.

Si le sujet a déjà eu des hématomèses, il connaît tous ces symptômes, et le goût particulier qui lui vient à la bouche ce « goût de sang », dont il se souvient si bien, lui fera redouter ce que malheureusement il ne pourra prévenir.

Lorsque l'hémorrhagie n'a pas été foudroyante, lorsque le vaisseau lésé n'est pas de trop grande importance, deux choses peuvent alors se présenter :

1° Le sang séjourne quelque temps dans l'estomac, y subit l'action du suc gastrique et est entraîné dans les selles sous forme de *melœna*.

2° Il se produit une hématomèse.

Dans le premier cas et si le malade n'a jamais eu d'hématomèse, si l'ulcère n'a jamais été diagnostiqué, la gastrorrhagie pourra passer inaperçue et, sauf les symptômes qui auront accompagné l'hémorrhagie, rien ne permettra, si ce n'est l'examen des selles, de connaître la cause de cette indisposition subite.

Lorsqu'au contraire l'hématomèse se produit, les envies de vomir se font sentir et le sang est rejeté par la bouche au milieu d'une anxiété et d'un malaise inexprimables.

Le malade pâle, défiguré, le plus souvent en syncope, est, selon l'expression d'un auteur ; « couvert de sang. »

Le sang vomi dans la maladie de Cruveilhier est rouge, abondant, liquide ou coagulé ; il peut dans certains cas simuler l'hémoptysie.

Lorsqu'un vaisseau important a été lésé, et par conséquent, lorsqu'il s'est déversé très rapidement dans l'estomac, le sang est pur, d'un rouge vif et facilement reconnaissable.

Si la lésion porte sur une branche de moindre importance, le sang suintant sur la muqueuse gastrique est déversé lentement dans la cavité stomacale et se présente sous un aspect différent.

Il est noirâtre, en grumeaux et comparable à de la suie délayée ou à du marc de café.

La quantité de sang rejeté peut être considérable et, comme nous l'avons déjà dit, la mort peut survenir dès la première gastrorrhagie (Observation II); mais, dans la plupart des cas, l'hémorrhagie s'arrête, laissant au patient quelques heures de répit jusqu'à ce qu'un nouveau vomissement ait lieu.

Le vomissement ou le *melœna* pouvant se répéter plusieurs jours et pendant plusieurs semaines, plongent les malades dans une anémie profonde, jusqu'à ce que la mort survienne, conséquence fatale de leur épuisement. (Observation III).

Quand l'hémorrhagie est très considérable, indépendamment des symptômes que nous avons étudiés plus haut, on peut observer une tension extrême de la région épigastrique due à l'épanchement considérable dans l'estomac et à sa dilation.

Le sang peut ne pas être rejeté à flots, mais arriver dans la bouche par une sorte de régurgitation. De plus il peut être mélangé à des aliments, des boissons, de la salive ou du mucus.

Ce sang épanché dans l'estomac peut ne pas être vomi en totalité; le reste franchit la pylore, passe dans l'intestin qu'il dilate, colore les selles en noir et est évacué le lendemain ou le surlendemain de la gastrorrhagie.

S'il n'y a pas eu d'hématèse consécutive à l'hémorrhagie, l'examen des selles permettra de faire le diagnostic de la gastrorrhagie.

Lorsque les malades se rétablissent, leur convales-

cence est longue, ils sentent que ces pertes de sang les ont épuisés outre mesure et ils subissent les désastreux effets d'une anémie profonde (Observation de M. Litten : Ulcère simulant le tableau de l'anémie pernicieuse). Outre l'épuisement, ils commencent à ressentir subjectivement les effets de l'anémie cérébrale, qui sont les vertiges, les bourdonnements d'oreille, les mouches volantes, les baillements, la céphalalgie, l'amaurose, les syncopes fréquentes, une soif ardente.

Le plus souvent ces malades, après avoir en vain essayé de lutter contre cet affaiblissement général, cet écroulement de toutes leurs facultés, meurent dans un état d'amaigrissement extrême.

Ou bien, incapables de lutter contre l'invasion microbienne qui trouve en eux un terrain favorable, ils sont emportés par cette nouvelle complication,

Si le sujet est vigoureux et si les pertes n'ont pas été excessives, tout rentre dans l'ordre ; l'hémorrhagie ne se reproduit plus et sous l'influence d'un traitement rigoureusement appliqué, l'ulcère, cause de tant de désordres, se cicatrise, ne laissant très souvent au malade que le souvenir des mauvais jours passés.

Tel serait, d'après Grisolle, la marche et la terminaison la plus ordinaire des ulcères de l'estomac (1) Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi.

(1) Grisolle. Traité de pathologie, 1869.

Diagnostic.

Le diagnostic de la gastrorrhagie n'est pas toujours facile.

Si l'hémorrhagie trop abondante a provoqué la mort subite le diagnostic sera fait *post mortem* (observation II).

On trouvera l'estomac dilaté et plus ou moins rempli de gros caillots métangés à du mucus ou à des aliments.

Examinant soigneusement les parois de l'organe, on découvrira certainement l'ulcération de la muqueuse et celle du vaisseau cause de l'hémorrhagie.

Lorsque l'estomac se trouve subitement distendu ou lorsque l'action reflexe aura provoqué l'hématémèse, le diagnostic avec l'hémoptysie ne sera pas aussi facile.

Si le sang a séjourné un certain temps dans l'estomac, sa couleur spéciale, la présence d'aliments ou de boissons avec les caillots pourront mettre sur la voie et permettront d'affirmer qu'on se trouve là en présence de sang venant de l'estomac et y ayant subi un commencement de digestion.

Mais il arrive souvent que, rejeté immédiatement et ayant conservé sa couleur rutilante, il se répande en gouttelettes sur la muqueuse laryngée et détermine des accès de toux qui feront tout de suite penser à une hémopthysie.

Certains signes pourront cependant permettre de lever tous les doutes.

Dans l'hémoptysie le sang est généralement rejeté après un violent effort de toux ; il est plus rouge, plus fluide, spumeux et mélangé à du mucus bronchique, la quantité vomie est moins abondante que dans l'hématémèse, et souvent le malade a une température au-dessus de la normale.

De plus, lorsque l'hémoptysie est précédée de symptômes, ce qui est fréquent, la douleur siège dans le dos entre les deux épaules et il existe une dyspnée très intense.

Dans l'hématémèse, la douleur siège habituellement à l'épigastre et les malades, à moins de complication vraiment fâcheuse, ne toussent pas.

Mais le diagnostic de l'hémoptysie pourra être formulé d'une façon précise après l'examen de la poitrine. On trouvera là, soit des lésions capables d'établir la cause de l'hémorrhagie (caverne), soit des signes permettant de reconnaître l'épanchement de sang dans l'arbre respiratoire (gros râles humides).

Nous avons dit que, dans l'hématémèse, le sang pouvait venir directement de la partie supérieure du tube digestif.

Dans la stomatorrhagie ou hémorrhagie de la bouche, l'examen de la cavité buccale suffira dans la plupart des cas à faire le diagnostic ; si le sang est venu du pharynx, la

présence de petits caillots adhérents à ses parois et le peu d'importance de l'hémorrhagie lèveront tous les doutes.

L'hémorrhagie dont la source est sur l'œsophage sera diagnostiquée d'après les antécédents (douleurs rétro-sternales).

Mais le sang peut avoir été porté dans l'estomac pendant le sommeil par exemple et rejeté soit par les vomissements ou bien retrouvé dans les selles : dans ce cas, l'examen de la bouche, des fosses nasales et du pharynx devra être fait attentivement. Le malade sera interrogé sur ses antécédents afin qu'on ne rapporte pas à une lésion sans importance un symptôme lié à une ulcération de l'estomac et dont l'ignorance pourrait entraîner de graves conséquences.

Quant au diagnostic entre l'hémorrhagie d'origine cancéreuse et l'hématémèse de l'ulcère simple, l'âge, l'état du malade, le peu d'abondance des hémorrhagies, cette teinte jaune paille caractéristique feront tout de suite songer à une néoplasie.

Dans la maladie de Cruveilhier l'aspect du visage, si avancé que soit la lésion, ne rappelle jamais le facies propre aux cancéreux.

Mais, comme le dit M. Courtois-Suffit, dans le « Traité de médecine » de MM. Debove et Achard, « il vaut mieux encore accorder crédit aux symptômes consécutifs.

« Une hémorrhagie abondante, qui se répare en six semaines ou deux mois, est presque toujours d'origine ulcéreuse.

« Une hématomèse, qui ne se répare pas, appartient vraisemblablement au cancer ».

Des gastrorrhagies moins fréquentes sont celles qui se produisent au cours de la gastrite chronique et de la dilatation de l'estomac ; mais, en général, elles surviennent à une époque assez avancée de la maladie pour qu'on ait pu déjà en diagnostiquer la cause.

Les hématomèses, consécutives aux traumatismes, seront facilement diagnostiquées.

Dans la cirrhose du foie, les hématomèses dont la pathogénie est encore obscure, seront rapportées à leur véritable cause par l'examen du malade et les symptômes spéciaux propres à cette affection.

Enfin, citons les vomissements de sang des hémophiliques et de certaines fièvres infectieuses dont la nature sera vite reconnue.

Dans l'hystérie, les symptômes bizarres de cette névrose permettront de diagnostiquer justement l'hématomèse.



Anatomie pathologique

A l'autopsie d'une personne, morte de gastrorrhagie dans le cours de l'ulcère simple, l'estomac contient une quantité de sang plus ou moins considérable. Ce viscère peut être distendu par un seul caillot noir, mais, le plus souvent, le sang, ayant subi l'action du suc gastrique, est en grumeaux, ou bien, noir, il est dissous, mélangé à du mucus et à des aliments.

Examinant attentivement, on ne tardera pas à trouver l'ulcération dont le pourtour est injecté, ecchymosé par place et qui contient l'orifice béant du vaisseau, cause de la gastrorrhagie.

Les tuniques de ce vaisseau n'ont pu résister à cette destruction des tissus et, comme le dit Cruveilhier : « Le tissu artériel si réfractaire, en général, à tout travail morbide n'échappe pas à l'inflammation ulcéreuse ».

Tous les vaisseaux de l'estomac peuvent être compris dans l'ulcération. On a observé des perforations de l'artère coronaire stomachique, pylorique, gastro-épiploïque gauche, gastro-duodénale ou de leurs ramifications ; mais l'artère coronaire stomachique, les branches pancréatiques qui proviennent de l'artère splénique et de l'artère pancréatico-duodénale sont le plus souvent perforées.

La muqueuse est uniformément, rouge ou bleuâtre comme si la matière colorante du sang l'avait pénétrée (Grisolle).

Pronostic.

Comme nous le verrons dans les observations qui suivent, le pronostic de la gastrorrhagie dans la maladie de Cruveilhier est toujours excessivement grave, la mort survenant souvent à la suite de cet accident.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de l'ulcère de l'estomac, ont négligé de s'étendre sur la gravité de l'hémorrhagie, laquelle est cependant aussi redoutable, aussi fréquente, sinon plus que la perforation.

Combien de morts subites, attribuées à des ruptures d'anévrysmes n'ont-elles d'autre cause qu'une gastrorrhagie survenant au cours d'un ulcère simple.

Puisqu'il existe des perforations spontanées dans l'ulcère que certains auteurs ont appelé latent, pourquoi rejeter l'idée de gastrorrhagies mortelles dans cette même variété d'ulcère.

Plusieurs de nos observations se rapportant à des cas de ce genre sont relatées dans le cours de notre thèse.

Il est vrai que l'hémorrhagie mortelle se produit plus insidieusement que la perforation, aucun symptôme alarmant ne précède son apparition, il n'existe, en un mot, rien qui puisse attirer l'attention ; l'érosion du vaisseau se fait sournoisement et, brusquement le sujet meurt avant même qu'on ait pu songer à intervenir.

L'autopsie des personnes mortes subitement n'est pas toujours faite et le diagnostic : rupture d'anévrisme est si vite posé et d'un usage si courant, qu'on peut de cette façon expliquer l'abus qu'on en fait.

Pour nous, il est bien évident que la mort par hémorrhagie dans la maladie de Cruveilhier est un fait plus fréquent qu'on ne le croit et que ne le rapportent les statistiques.



Traitement de la Gastrorrhagie

Le traitement de la gastrorrhagie est celui de toutes les grandes hémorrhagies internes. Les résultats obtenus n'en sont pas toujours très positifs; mais il devra être néanmoins employé.

La révulsion sur les membres ne sera pas négligée et quelques ventouses pourront être appliquées dans la région du dos, correspondant à l'estomac. Les boissons acidulées, eau de groseille, jus de citron glacé devront être administrées ainsi que la limonade sulfurique, en très petites quantités et à 10 minutes d'intervalle.

La glace appliquée sur la région épigastrique et administrée à l'intérieur en petits fragments est toujours indiquée.

L'ergotine en potion ou en injection hypodermique, le perchlorure de fer pourront donner de bons résultats.

L'abstinence complète et le repos le plus absolu seront la première indication du traitement.

Les injections de sérum artificiel pourraient être d'une très grande utilité.

La transfusion du sang qui, dans plusieurs cas, a été tentée, n'a pas donné de très bons résultats ; il ne faudrait

pas cependant s'abstenir de la pratiquer dans les cas absolument désespérés.

Nous ne mentionnerons qu'à titre de curiosité la ligature du vaisseau lésé faite par quelques chirurgiens anglais.



GASTRORRHAGIES MORTELLES

OBSERVATION I

Ulcère occupant la petite courbure de l'estomac. Première hématomèse guérie; deuxième hématomèse mortelle. Ouverture de l'artère coronaire stomachique. (Cruveilhier. Anatomie pathologique Planches V et VI — X^{me} livraison — page 6 — 1829-1835).

Petit, âgé de vingt neuf ans, menuisier, d'un tempérament sanguin musculaire. adonné depuis son enfance à l'usage des boissons spiritueuses.

Il y a cinq ans hématomèse qui se reproduisit tous les soirs pendant huit jours avec une grande abondance, et céda sous l'influence des boissons astringentes.

Deux mois de repos au lit furent nécessaires au malade pour lui faire recouvrer ses forces. Revenu à ses travaux, il se livra de nouveau à sa funeste habitude sans que la santé parut en souffrir notablement.

Le 15 avril 1830, chaleur et douleur à l'épigastre, perte d'appétit. Il peut néanmoins continuer son travail jusqu'au 30 au soir qu'un malaise général le força à se mettre au lit. Immédiatement après, vomissement de sang dont la quantité peut-être

évaluée à 5 à 6 livres. Transporté à l'hôpital de la Charité, il présente un pouls petit, dépressible, une anémie presque complète qui repoussa toute idée d'évacuation sanguine : on s'en tint donc à de larges sinapismes aux pieds.

Le 4^{er} mai le malade n'a qu'un seul vomissement de sang peu abondant ; le pouls s'est relevé avec les forces (vingt sangsues à l'épigastre, sinapismes au mollet, riz gommé, avec eau de Rabel et sirop diacode ; diète. Le soir hématémèse assez considérable.

Le 2, même état, point de selles (vingt sangsues à l'anus, sinapismes, même boisson).

A 5 heures du soir hématémèse plus considérable que les précédentes, prostration extrême : mort à dix heures. (1)

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, c'est le long intervalle qui sépare les deux hématémèses.

L'ulcère de l'estomac remonte-t-il jusqu'à la première hématémèse ? Cela est probable.

Un caillot salutaire aura arrêté l'écoulement du sang, une cicatrice solide se sera formée après 2 mois de traitement, et le malade aura recouvré toute la plénitude de sa santé.

Ce n'est qu'au bout de 5 ans que le centre de la cicatrice s'étant ulcéré à la suite d'un malaise, l'artère coronaire stomachique qui n'avait pas été oblitérée, mais seulement obstruée par un caillot, a été de nouveau intéressée ; d'où une hémorrhagie mortelle. On pourrait encore admettre que la première hémorrhagie a été produite par une branche de l'artère coronaire sto-

(1) Pièce et observation présentées à la Société anatomique par M. Ricard, l'un de ses membres (Hôpital de la Charité, service de M. Rullier.

machique, tandis que la seconde est due à la lésion du tronc lui-même.

Il est singulier de voir l'artère seule intéressée par une ulcération nouvelle au milieu d'une cicatrice parfaite.

OBSERVATION II

Ulcère de l'estomac ayant amené la mort subitement par suite d'une hémorrhagie, résultat de l'ulcération de l'artère splénique, M. Luton. — (Bulletin de la Société Anatomique, juillet 1858, p. 338).

La pièce a été recueillie sur un jeune homme de 18 ans, étudiant en médecine, qui est tombé privé de connaissance dans la rue. M. Verneuil témoin de cet accident, le fit transporter à la Charité ; mais il était déjà mort et quelques tentatives que l'on fit, on ne put le ranimer. On supposa que cette mort subite par syncope, avec tous les signes d'une hémorrhagie interne considérable, devait être causée par la rupture d'un anévrysme de l'aorte dans l'œsophage ou par ulcération de l'estomac.

Les renseignements que l'on put se procurer sur les antécédents sont presque nuls ; on apprit seulement que ce jeune homme éprouvait depuis longtemps des symptômes de gastralgie, et qu'en raison des souffrances qu'il ressentait il était, dans les derniers temps de sa vie du moins, d'une sobriété extrême. On n'a pas su s'il s'était antérieurement livré à des excès alcooliques, ni s'il a eu des vomissements fréquents et d'une nature spéciale.

A l'autopsie son estomac fut trouvé distendu par une quantité considérable de caillots sanguins.

A la face postérieure de l'organe et au-dessous du cardia on rencontra un ulcère arrondi ayant l'étendue d'une pièce de cinq francs. Au fond de cet ulcère on voit le pancréas et supérieure-ment on trouve une ouverture artérielle à bords déchiquetés sur le tronc même de l'artère splénique. Les tuniques paraissent avoir été détruites peu à peu sous l'influence de l'altération, avant de se rompre définitivement pour donner lieu à l'hémorrhagie terminale. Les bords de cette ulcération ne sont pas indurés, ni taillés à pic et ils n'adhèrent pas immédiatement aux tissus sous-jacents; ils avancent au-delà des points adhérents, et il en résulte au-dessous d'eux une espèce de rigole ou godet qui, suivant M. Cruveilhier, se rencontre fréquemment dans les cas de ce genre.

Les ganglions lombaires ne présentent aucune altération.

OBSERVATION III

Ulcère perforant de l'estomac avec hémorrhagie mortelle simulant le tableau de l'anémie pernicieuse. Ulcération de l'artère splénique avec thrombose et embolie secondaire de cette artère. Infarctus de la rate. (M. Litten. — Berliner, Méd. Wochs, 1880).

Julius Alsdorff, cocher, âgé de 32 ans, entre dans le service de Frérichs le 29 août 1880.

Bonne santé habituelle jusqu'au mois dernier où se sont montrés les vomissements fréquents survenant une heure après le repas de midi. Le vomissement consistait en aliments non digérés, il n'a jamais contenu de sang même en quantité capable

de lui donner la couleur marc de café. Les forces diminuèrent et le malade se plaignant de violentes douleurs articulaires fut transporté à l'hôpital de la Charité à Berlin.

A son entrée à l'hôpital on remarqua la paleur générale et la décoloration des muqueuses. L'exploration des organes internes ne donnait rien de précis.

Les bruits du cœur se propageaient du côté droit ; à la partie inférieure du sternum on entendait un souffle systolique au timbre doux mais parfois râpeux, d'une intensité insolite simulant quelquefois les frottements d'une péricardite récente.

Le choc de la pointe était visible dans une étendue considérable et s'accompagnait d'un léger frémissement cataire, le pouls radial était mou et ondulant, sans faible tension, il était souvent rapide. Au golfe de la jugulaire soulèvement intense.

Le malade se plaint d'accès d'étouffements, il n'y a cependant rien aux poumons. Une pression profonde à l'épigastre ne détermine aucune douleur. L'appétit est conservé, les urines normales. Le malade accuse de vives douleurs dans les membres inférieurs. Elles existent spontanément, augmentent peu par le mouvement, mais ne sont pas aggravées par la percussion des os.

L'examen montre qu'elles siègent surtout dans les articulations qui ne présentent pas de changements appréciables. Le fond de l'œil montre une tache pigmentaire résidu d'une ancienne hémorrhagie de la rétine.

Cet état persiste jusqu'à la fin de septembre sans modifications sauf une dépression croissante des forces. Il était survenu des douleurs subites s'irradiant de l'épigastre vers l'épaule gauche. Mêmes signes qu'auparavant du côté du cœur, des vaisseaux et du fond de l'œil.

L'examen du sang montra que les globules rouges étaient

pâles, crénelés, très petits avec des incisions profondes et présentant la forme de pessaires.

Urines et températures toujours normales.

Le 23 septembre il se déclare, sans motif, une hématomèse d'environ 700 gr. d'un liquide contenant de gros caillots de sang coagulé et mêlés à des débris alimentaires.

Immédiatement après l'hémorrhagie le malade accusa de violentes douleurs à l'estomac, des battements de cœur tumultueux et une sensation de défaillance. Ces symptômes durèrent plusieurs jours, en particulier les douleurs de l'épaule gauche. Les selles diarrhéiques contenaient du sang coagulé.

Deux jours plus tard, hémorrhagie rétinienne punctiforme. On mit le malade au régime lacté et on administra de la glace à l'intérieur.

Une amélioration rapide se produisit alors et tout marchait à souhait lorsque dans la nuit du 7 octobre il survint une nouvelle hématomèse d'environ 800 gr. Le malade perdit connaissance, le pouls devint filiforme et la température tomba à 35°.

L'examen de l'œil pratiqué le lendemain montra une pâleur des 2 papilles dont les contours étaient un peu diffus.

Autour s'étend une zone blanche brillante qui tranche sur la coloration normale du reste de la rétine. On y voit très distinctement des traces sanguines, les artères rétiniennes paraissent rétrécies et ne peuvent être conduites vers la périphérie; de même que les veines, elles sont d'un rouge vif éclatant. Sur la papille le point de réflexion des vaisseaux est mal déterminé.

L'examen de l'acuité était difficile à cause de l'état du malade, on constata que les troubles de la vision étaient très considérables, le malade ne voyait pas la main à une distance de 0^m 60.

Malgré l'usage de tous les analeptiques, le malade s'affaissa d'heure en heure et mourut au milieu d'une nouvelle hémorrhagie.

A l'autopsie, 12 octobre, anémie très marquée du tissu cellulaire et des poumons.

Un peu de liquide dans la plèvre gauche.

Le cœur est de volume normal, très décoloré, d'une couleur jaune grisâtre.

A la coupe on voit des points gris très distincts d'où émanent des tractus dans lesquels la substance musculaire a complètement disparu.

La rate est augmentée de volume, sa surface montre des hémorrhagies punctiformes; à travers on aperçoit deux foyers plus considérables, le plus petit, du volume d'une noisette, siège au bord profond et au milieu de l'organe, l'autre est situé plus en dehors et contient environ le 1/3 de l'organe. Dans le territoire du premier foyer en forme de coin le parenchyme de la rate est infiltré d'hémorrhagie massive d'une consistance ferme. La branche artérielle qui conduit à cet infarctus hémorrhagique est complètement oblitérée par un thrombus. L'autre foyer de forme arrondie est rempli de globules de pus et de fragments de tissu splénique. L'estomac contient un liquide couleur chocolat mêlé de débris alimentaires.

Au milieu de la paroi postérieure à 3 centim. de la petite courbure et à 7 centim. de la grande on voit un trou lisse de forme irrégulière qui conduit dans une cavité de la grosseur d'une noisette, dont le pancréas forme le fond. Après un lavage, on voit la perforation de l'artère splénique.

Plus loin, dans l'artère, se trouvent des caillots détachés environ de la grosseur d'une lentille.

OBSERVATION IV.

Ulcère simple de l'estomac ancien et cicatrisé observé chez une malade qui a succombé à la suite d'un vomissement de sang. M. Carrière (Bulletin de la Société anatomique, 1863).

Le 28 mars 1863, une femme de 76 ans est entrée à l'hôpital de la Salpêtrière, dans le service de M. le Dr Vulpian: elle vomissait le sang depuis le matin et le vomissement, fort abondant, était en partie liquide, en partie constituée par des caillots assez nombreux.

Le même phénomène s'est reproduit dans la journée et a déterminé un affaiblissement considérable. L'hématémèse a eu encore lieu pendant la nuit et, à une heure du matin, la malade succombait.

Les renseignements qu'on a pu recueillir sur les antécédents sont assez vagues et ne rendent nullement compte des lésions trouvées à l'autopsie.

Elle était tombée il y a deux ans, nous a-t-on dit; depuis cette chute elle se plaignait beaucoup de l'estomac et avait une très mauvaise haleine.

On ne lui avait jamais vu d'hématémèses, mais un jour ou deux avant son entrée à l'infirmerie elle aurait craché quelques matières sanguinolentes; six mois auparavant, elle aurait eu une attaque de paralysie.

A l'autopsie, on trouve tous les organes sains à l'exception de l'estomac qui contenait une certaine quantité de sang coagulé et de sang liquide.

Au niveau de la grande courbure, on trouvait du mucus coloré par du sang qui adhérait à la paroi stomacale. La muqueuse était saine dans la plus grande partie de son étendue ; elle était dans le grand cul-de-sac imbibée d'une assez grande quantité de sang, et l'imbibition ne disparaissait ni par le grattage ni par le lavage.

Dans la moitié gauche de la paroi postérieure et très près de la petite courbure on trouvait un ulcère cicatrisé dont le fond était constitué par le pancréas.

La forme de cet ulcère était elliptique presque circulaire ; son diamètre vertical avait 4 centimètres et son diamètre transversal 3 cm. 1/2 de long. La profondeur était d'un centimètre dans sa partie supérieure, mais elle allait en décroissant de haut en bas de sorte qu'à la partie inférieure elle était à peine de deux millimètres.

Cet ulcère était limité par un bord taillé à pic dans les 3/4 supérieurs de sa circonférence et un peu plus obliquement coupé dans le quart inférieur ; ce bord était limité antérieurement par une circonférence que formait la muqueuse lisse et arrondie plus inégale et érodée en bas.

A ce niveau on voyait l'ouverture béante de deux petits vaisseaux.

Le fond régulièrement circulaire avait la dimension d'une pièce de dix centimes et présentait au moment où l'autopsie a été faite, une coloration rougeâtre qui est devenue depuis grisâtre et s'est recouverte d'un détritüs dans lequel on a trouvé à l'aide du microscope de la fibrine à l'état fibrilaire, des globules sanguins et des cellules épithéliales.

A l'extrémité gauche du diamètre transversal on trouvait

une saillie formée par la convexité d'une sinuosité de l'artère splénique.

Cette convexité s'était éraillée et on voyait très bien l'ouverture par laquelle s'était faite l'hémorrhagie. Au moment de l'autopsie cette ouverture s'était bouchée par un caillot fibrineux.

En grattant la saillie on trouvait les trois tuniques des vaisseaux coupés à différentes hauteurs et constituant 3 plans distincts. L'arbre splénique était ossifié non seulement au niveau de cette saillie, mais encore dans le reste de son trajet, ce qui peut expliquer l'hématémèse qui s'est produite.

Le fond de l'ulcère était constitué par le pancréas avec lequel l'estomac avait contracté des adhérences au moment de la perforation du viscère, et qui ne paraissait nullement avoir subi l'influence du suc gastrique.

Examiné à l'extérieur, l'estomac n'offrait à étudier rien de remarquable, on trouvait une adhérence très intime avec le pancréas, mais aucun des deux organes ne conservait la trace de l'inflammation qui avait dû amener cette adhérence.

OBSERVATION V

Ulcère de l'estomac. — Hémorrhagie. — Mort. — Albert H. Gore.
(Clinical Mémoire. The British. Médical Journal, 1883).

Monsieur Albert H. Gore présente un cas d'ulcère de l'estomac se rapportant aux deux cas intéressants, publiés récemment dans le journal de M. Battams. Les notes suivantes m'ont été fournies par un malade que j'ai soigné à Rambleet, East Indies, en novembre 1880, elles sont fort intéressantes.

Le n° 2517 Pte I. B. âgé de 30 ans d'après ses renseignements, mais qui était évidemment un vieux soldat du 30^{me} régiment des Indes., vint le matin du 3 novembre à l'hôpital comme prisonnier ; ce dernier avait mené pendant 9 mois une vie très immodérée et on le traitait pour une gonorrhée.

Le 20, étant sur le point d'être remis en liberté il se plaignit de faiblesse et déclara se trouver incapable d'accomplir aucun travail. De plus il présentait des symptômes de dyspepsie avec irritation et malaise dans l'estomac.

On lui administra de la poudre de bismuth. on lui appliqua des sinapismes, rien ne le soulagea et il eut bientôt tous les signes évidents d'une jaunisse. Il ne pouvait garder aucune nourriture.

Il eut le 24 plusieurs vomissements de sang et du méloëna.

On remarqua à la percussion et à la palpation une diminution sensible dans la grosseur du foie.

La température était normale. Les symptômes s'étaient légèrement améliorés par le traitement.

Le 26, la jaunisse était presque complètement disparue.

Cependant les hématomèses continuent. L'acide gallique et l'opium pas plus que les autres médicaments n'arrêtent ces vomissements de sang.

Toutefois sa santé semble s'améliorer.

Le 27 il n'eut besoin d'aucun vomitif, comme on lui en donnait tous les jours, ni de purgation et il garda un peu de nourriture, mais le soir il fut pris d'une grande faiblesse et se sentit très abattu.

On essaya de le relever par l'administration de stimulants, ce qui ne l'empêcha pas d'être toujours très faible, ces pertes excessives de sang l'épuisant considérablement.

Le 28 il vomit une pinte de sang noir et se plaint de grandes douleurs à l'épigastre, il ne put garder aucune nourriture et fut soutenu par des lavements nutritifs.

Le 29, pas d'hémorrhagie dans la journée, mais il ressentit de vives douleurs à la région épigastrique et dans les lombes, douleurs s'irradiant jusque dans l'épaule droite et dans le dos.

Il se trouvait toujours dans un état de faiblesse extrême et était constamment courbé en avant pour essayer d'atténuer les violentes douleurs qu'il ressentait dans l'estomac.

Vers 11 heures du soir il est pris d'une nouvelle hématomèse assez abondante que l'on parvient cependant à arrêter.

Il meurt à minuit en demandant à l'un des malades qui se trouvaient à côté de lui quelle heure il était.

A l'autopsie on constata une congestion du poumon droit.

Le cœur était petit ; mais sans aucune altération, il n'y avait ni sclérose des valvules ni des vaisseaux.

Le foie était contracté, petit, mais dur et d'une couleur claire.

La vésicule biliaire était distendue.

Les reins étaient plus gros et ramollis.

La rate était très petite, contractée et pesait seulement 4 onces.

La membrane muqueuse de l'estomac était épaissie principalement vers le pylore près duquel se trouvait un petit ulcère.

Les bords de cette ulcération étaient relevés, les tuniques épaissies, la base était congestionnée et se trouvait en contact avec le foie.

Sur le pourtour de l'ulcération, on apercevait l'orifice béant d'une artériole qui avait causé l'hémorrhagie mortelle.

L'intestin était intact, il n'existait pas de perforation.

L'ulcère avait environ la grandeur d'une pièce de 4'anna.
(Albert H Gore M D F R C S I Surgeon Major Army Medical
Depar^t ; Female Hospital Dublin).

OBSERVATION VI

Ulcère de l'estomac. — Perforation. — Gastrorrhagie. — Ulcération
de la gastro-épiploïque. — Mort. — Dr Routh (Medical Society
of London. — The Lancet, 1851.

Le Docteur Routh présente une perforation de la grande
courbure de l'estomac survenue chez un homme âgé de 60 ans
et qui avait toujours joui d'une excellente santé. Quelques jours
avant la perforation il avait ressenti dans l'estomac des douleurs
auxquelles il n'attacha aucune importance. A ce moment il salivait
d'une façon exagérée. Il avait un œdème considérable de la
lucette et du larynx.

Le Dr Routh ne le vit qu'environ 10 jours après le début de
sa maladie.

Les symptômes étaient ceux d'une gastrite, avec un affais-
sement considérable de l'état général, il avait eu de légers
vomissements de sang, les poumons ayant été trouvés intacts,
l'hémorrhagie fut attribuée à l'affection laryngée.

Examinant cet organe on trouve celui-ci d'une rougeur
excessive, on constata une très grande sensibilité et une grande
difficulté à la déglutition.

L'abdomen était flasque et la région gastrique sensible à la
pression, il existait en outre une très grande constipation.

On lui ordonna un laxatif, une potion calmante, un vésicatoire sur l'estomac et un gargarisme.

Sous l'influence de ce traitement son état s'améliora graduellement, la douleur gastrique disparut en grande partie. On plaça deux sangsues au-devant du larynx et un vésicatoire sur la nuque. L'inflammation et l'œdème disparurent.

Il continuait son traitement depuis trois semaines et était en pleine convalescence lorsque, le dernier vendredi, il mourut subitement à midi.

Le Dr Taylor assista à l'autopsie faite 36 heures après la mort. Les poumons étaient sains, seul le poumon gauche contenait, au sommet, une petite plaque crétacée noire. Le cœur était petit et flasque.

La valvule tricuspide se trouvait épaissie ainsi que l'auricule droite, les autres valves étaient saines. Le foie était augmenté de volume avec un peu de dégénérescence graisseuse.

Les reins présentaient eux aussi un peu de dégénérescence et contenaient de petits kystes dans leur épaisseur. Les intestins étaient plutôt d'une couleur noirâtre.

L'estomac était plein et contenait environ les $\frac{3}{4}$ de sang, partie liquide, partie en caillots. Vers le centre de la grande courbure existait un large trou par où l'on pouvait facilement introduire l'index.

Sur le pourtour de l'ulcération on voyait l'orifice béant du vaisseau par où s'était faite l'hémorrhagie. (Artère gastro-épiplœique).

La mort était donc le résultat d'une perforation et d'une hémorrhagie consécutives à une ulcération-simple de l'estomac.

OBSERVATION VII

Ulcères de l'estomac chez un jeune enfant. Hématémèses. Melœna.
Mort. M. Lévi (Bull. de la Société anatomique, 1863)

M. Lévi présente deux ulcères de l'estomac recueillis sur un enfant mort 4 jours après sa naissance dans un état d'anémie profonde. On avait observé chez cet enfant un melœna abondant qui avait duré 2 jours environ, et un vomissement de sang par la bouche et les narines, vomissement qui s'était reproduit à deux reprises dans l'espace de quelques heures. On trouva, à l'autopsie, la décoloration de tous les organes et l'absence de lésions ailleurs que dans l'estomac.

On voyait dans celui-ci, au voisinage de la petite courbure, deux petites ulcérations arrondies, d'environ un centimètre de diamètre, dont le fond formé par la tunique musculeuse ne présentait point de teinte rouge.

Autour d'elles, la muqueuse congestionnée était fortement parsemée de petites taches ecchymotiques, les intestins avaient une pâleur uniforme.

M. Lévi dit que tout en admettant la rareté du fait on ne peut douter que l'hémorrhagie ait eu sa source dans l'estomac, mais loin de dépendre d'une rupture vasculaire au niveau des ulcères, elle doit être rapportée aux points avoisinant, comme cela se voit d'ailleurs assez fréquemment.

Nous avons tenu à citer cette observation, les ulcérations de l'estomac chez d'aussi jeunes sujets étant un fait absolument rare.

CHAPITRE II

Perforation

Accident grave, souvent mortel survenant dans le cours de la maladie de Cruveilhier, la perforation de l'estomac est la phase terminale de l'ulcération de l'organe.

Toutes les couches de l'estomac, muqueuse, celluleuse, musculaire ont été ulcérées et la péritonite, conséquence presque fatale, entraîne plus ou moins rapidement la mort du sujet.

Ce chapitre intéressant de la perforation de l'estomac dans l'ulcère simple a été le sujet d'un grand nombre de travaux et de thèses remarquables. Aussi tracerons nous rapidement, à grands traits, les principaux symptômes précédant ou accompagnant cette terrible complication.

On peut dire en général que tout individu porteur d'une ulcération de l'estomac est sous le coup de la perforation.

D'après Brinton elle se produit dans la proportion de 1 sur 7 ou 8, elle est moins pour d'autres auteurs, Lebert et Rokitansky entre autres. Beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Chez elle on l'observe entre 15 et 30 ans, chez l'homme entre 35 et 40.

C'est le plus souvent à la face antérieure que l'on

retrouve la perforation, 85 fois sur 100 d'après Brinton, bien que l'ulcère siège de préférence à la face postérieure.

La grande mobilité de la face antérieure, son expansion facile suffisent à donner l'explication de cette fréquence. La mince couche, qui, dans l'ulcère perforant, sépare la cavité gastrique de la cavité abdominale, sous l'influence d'un effort de toux, de vomissement, d'un hoquet, ou d'un traumatisme, cède facilement, déterminant la perforation.

A la face postérieure si la perforation se produit, grâce aux adhérences consécutives à de légères péritonites anciennes localisées, il s'établit un rapport intime avec les organes voisins qui viennent renforcer l'estomac, se substituant à ces tuniques.

Dans ces cas assez fréquents la perforation de l'organe existe bien réellement mais par un heureux hasard la solution de continuité se trouve obturée par le foie, le pancréas ou un autre viscère qui subissent l'action érosive du suc gastrique.

On peut, dans certaines perforations, constater la présences de fistules, l'estomac communiquant avec les organes voisins ou venant s'ouvrir à l'extérieur.

Dans la grande majorité des cas la perforation est unique. Cependant on a observé et recueilli des cas de personnes ayant succombé avec deux, trois, quatre, cinq et même six perforations. Observations XI et XII.

La grandeur est très variable. Parfois imperceptibles, elles peuvent atteindre des dimensions énormes.

C'est ainsi que Cruveilhier cite une observation où la perforation s'étendait du cardia au pylore, comprenant toute la courbure.

Ce sont là de véritables raretés et plus souvent elles ne dépassent pas la grandeur d'une pièce de 50 centimes, un franc et deux francs.

L'examen de la perforation mérite de fixer notre attention.

Elle se présente à considérer sous deux faces. Du côté de la séreuse, les bords sont d'une netteté parfaite, et l'ouverture paraît avoir été taillée à l'emporte-pièce.

Du côté de la muqueuse si la perforation siège sur une partie mince des parois, l'ulcération est nette, sans ligne de démarcation entre les couches et présente une certaine ressemblance avec les bords franchement coupés de l'ouverture extérieure.

Quand elle se trouve au voisinage du pylore l'aspect est tout différent. L'ulcère est creusé en godet et les tuniques dissociées sont disposées en gradins. Le fond est formé par la perforation.

Cette disposition en gradins peut ne pas comprendre tout le pourtour de l'ulcère et dans une partie plus mince former une ulcération lisse non étagée.

Quant à sa forme, elle est le plus souvent circulaire, mais parfois elliptique, la conséquence de ces perforations est facile à comprendre. Si des adhérences salutaires ne se sont pas produites, la mort peut suivre de près la perforation, elle est subite dans certains cas assez rares,

se produit 5 ou 6 heures après dans d'autres, ou bien la péritonite évoluant, elle ne survient que 24 ou 26 heures après l'apparition des premiers symptômes.

Brinton décrit chez les jeunes femmes une variété à marche rapidement mortelle. Tel serait le cas de la princesse Henriette d'Orléans dont Bossuet prononça l'oraison funèbre avec ce cri partout cité : « Madame se meurt, Madame est morte ! » Elle succomba dit-on à un ulcère perforant de l'estomac (1).

Dans ces cas, les premiers symptômes se manifestent par une douleur subite, une sensation de déchirure et de liquide s'épanchant dans la cavité abdominale. Puis apparaissent les vomissements qui cependant font très souvent défaut. A ce moment surviennent un ou plusieurs frissons ; la température peut s'élever rapidement à 38°, 39°, rester normale (Observations VIII et IX) ou parfois s'abaisser jusqu'à 35° (Talamon).

Les douleurs gastriques et lombaires torturent les malades, qui cherchant une position propre à atténuer leurs souffrances, prennent les attitudes les plus bizarres.

L'ingestion d'aliments ou de boissons augmente l'intensité des douleurs.

La mort survient brusquement, le malade, couvert de sueur, le visage pâle, les yeux cernés, s'éteint, ayant conservé intacte son intelligence et l'usage de toutes ses facultés.

A l'autopsie, on ne retrouve souvent aucune trace de

(1) Michaux. Bull. de la Société de chirurgie 1896.

péritonite, quelques gaz ont légèrement dilaté les parois de l'abdomen, et les aliments ou les liquides épanchés ont passé par l'orifice stomacal au moment de l'autopsie.

Dans les cas de mort subite ou de mort rapide, alors que la péritonite ne peut être incriminée, MM. Dieulafoy et Morel l'attribuent à une sidération des centres nerveux par action réflexe sur le grand sympathique.

A côté de ces perforations rapidement mortelles, il en est qui présentent une marche plus lente; on constate alors tous les signes d'une péritonite généralisée; les malades ont le visage pâle, terreux, les yeux enfoncés dans la cavité orbitaire, leur donnent un aspect particulier; le pouls est petit, la température élevée jusqu'à 39 et 40; la respiration saccadée; baignés par une sueur intense, ils tombent dans le coma 24 ou 36 heures après l'apparition des premiers accidents et meurent, à moins qu'une intervention chirurgicale vienne les sauver.

A l'autopsie, on trouve le péritoine injecté, l'abdomen rempli d'un liquide fétide et une quantité de gaz qui, à l'ouverture, s'échappent en produisant de véritables détonations.

Des adhérences unissent entre elles les anses intestinales fortement distendues par les gaz et recouvertes de fausses membranes ou par le grand épiploon, qui souvent contracte de solides adhérences avec elles.

Le diagnostic de la perforation ne sera pas toujours facile à établir, les symptômes propres faisant absolument défaut

On a bien essayé de trouver dans l'absence des vomissements, un signe pathognomonique des perforations de l'estomac ; malheureusement, ce signe n'est pas assez constant, puisqu'il n'existe à peu près que dans la moitié des cas seulement.

L'absence de matité hépatique aurait une plus grande valeur.

La perforation de l'intestin a bien des signes communs avec les perforations de l'estomac, mais elle survient dans le cours d'une tuberculose, d'une fièvre typhoïde ou d'une autre affection qui sera facilement reconnue.

Quant à la perforation du duodenum, elle sera fort difficile, sinon impossible à différencier de celle de l'estomac.

Si la perforation est le résultat d'un cancer, les antécédents et l'état du malade mettront vite sur la voie du diagnostic.

L'occlusion intestinale a plus d'un point commun avec la péritonite de la perforation. Les vomissements fécaloïdes, l'arrêt des matières et des gaz, les anses intestinales se dessinant sous la paroi abdominale, caractérisent l'occlusion. Cependant il ne faudrait pas accorder à tous ces signes une trop grande valeur, pas plus qu'à la température qui peut, dans la péritonite par perforation, être plus élevée ou abaissée.

Le diagnostic entre la colique hépatique, l'hépatalgie, sera établi par l'intensité des phénomènes dans la perforation.

La gastrorrhagie peut précéder la perforation. A l'autopsie il sera facile de trouver la source de l'hémorrhagie. On comprend toute la gravité de cette complication qui est du reste presque toujours mortelle.

Au point de vue légal la cause exacte de la perforation de l'estomac doit être bien établie.

La soudaineté des accidents dans la perforation, complication d'ulcère de l'estomac, pouvant être rapportée à l'ingestion d'un poison violent on voit quelle importance acquiert le diagnostic du médecin légiste appelé à se prononcer.

Cruveilhier dans son «Traité d'anatomie pathologique» cite l'observation d'un charbonnier qui s'affaissa subitement dans la rue en sortant de chez un marchand de vin. On crut à un empoisonnement. L'autopsie démontra que la mort était due à une perforation de l'estomac et que le sujet était porteur d'une ulcération de cette organe.



Traitement de la perforation

On comprend aisément que devant une semblable complication le traitement médical se trouve tout à fait impuissant. C'est donc au traitement chirurgical qu'il faut avoir recours.

Lorsque le diagnostic et surtout l'allure des accidents auront éclairé le chirurgien il devra sans aucune hésitation pratiquer la laparotomie.

La situation exceptionnellement grave sera représentée au malade et à son entourage ; on lui fera ressortir les avantages qu'il pourra retirer d'une intervention immédiate et du danger qu'il court en s'y opposant.

Certes la laparotomie est une opération extrêmement grave, bien que de nos jours cette gravité ait beaucoup diminué grâce aux progrès de l'antisepsie, mais entre cette opération, seule planche de salut, pour le malade et l'abstention il n'y a pas à hésiter une seule minute.

L'opération pratiquée en Angleterre et en Allemagne n'a pas trouvé en France de fervents adeptes. Cependant dans ces dernières années et sous l'impulsion donnée par quelques chirurgiens elle tend de plus en plus à s'introduire chez nous.

M. le Dr P. Michaux dans une intéressante communication faite à la Société de chirurgie en mars 1896,

donne les indications et le manuel opératoire de cette intervention, insistant particulièrement sur la nécessité d'une intervention précoce.

1° Précautions avant l'opération. — On devra vider l'estomac avec une pompe pour éviter toute effusion nouvelle.

2° Opération. — Grande incision médiane sus-ombilicale. Recherche de la perforation parfois difficile. Opérer rapidement. Faire relever le foie et le diaphragme par les mains d'un aide habile de manière à bien voir toute la face antérieure de l'estomac.

Examiner la face postérieure.

Traitement de la perforation

1° Procédé. — Résection de l'ulcère suivi de suture.

2° — — Suture directe sans résection.

3° — — Gastro-entérostomie avec ou sans résection.

4° — — Gastrostomie ou fixation des bords de l'ulcère à la paroi abdominale.

Si la perforation est difficilement accessible on peut faire un pli à la paroi gastrique et suturer à distance des parties saines, ou laisser largement ouvert, nettoyer et limiter le foyer septique, drainer avec 2 ou 3 énormes drains.

Si le chirurgien intervient tardivement, la péritonite est généralisée. Dans ce cas l'opération sera aussi rapide et aussi courte que possible.

Ouvrir largement le foyer, le limiter à l'aide de com-

presses aseptiqués, le nettoyer, le laver soigneusement, maintenir l'incision largement ouverte et puissamment drainée, c'est la conduite que suit M. Hartmann. (Observation XI).

Telles sont les indications précises fournies par M. le D^r Michaux et qui sont rapportées dans sa communication.

Il a pu recueillir 40 faits de ce genre avec 12 à 13 guérisons.

Les résultats obtenus jusqu'ici ne sont pas très brillants, mais lorsque cette intervention sera pratiquée dès le début des accidents la proportion des guérisons augmentera très sensiblement.



OBSERVATION VIII (1) (Personnelle).

Ulcère de l'estomac. — Perforation.

Marie B..., 25 ans, célibataire, domestique, est amenée à l'Hôpital-Général de Tours, le 12 octobre 1892, à 11 heures du matin.

Le visage est pâle, terreux, la face grippée, les yeux excavés.

Le pouls est petit, misérable, une sueur abondante couvre tout le corps, la température prise dans l'aisselle est exactement de 37°8

Voici les renseignements tels qu'ils nous ont été fournis par cette malade à son entrée à l'hôpital.

Le matin vers 7 heures, elle est prise de vives douleurs dans l'estomac après avoir absorbé un bol de café au lait qu'elle même avait préparé.

Presque immédiatement apparaissent les vomissements et la douleur est de plus en plus intense.

Elle n'a jamais souffert de l'estomac, a toujours joui d'une très bonne santé, sauf quelques légers malaises au moment de ses époques qui du reste apparaissent avec une régularité parfaite. Elle n'a jamais eu de vomissements de sang, ne s'est point sentie fatiguée la veille de cette accident et a travaillé toute la journée.

Observée dès son entrée, on constate que les vomissements bilieux continuent et que la douleur est toujours très vive.

Le ventre n'est ni ballonné ni rétracté, la région épigastrique est douloureuse à la pression.

(1) Recueillie dans le service du Dr H. Thomas.

Après un lavement glycérimé, administré à cette malade, elle semble trouver un peu de soulagement, cette accalmie est de courte durée et les douleurs reprennent plus violentes. Les vomissements continuent.

Tout ce qui est absorbé est aussitôt rejeté lait, bouillon, champagne glacé, potion calmante.

L'affaiblissement fait de rapides progrès, la face devient livide, les yeux s'excavent de plus en plus, la respiration est saccadée et elle meurt subitement au moment où on la soutenait pour lui faire prendre une tasse de lait glacé.

L'autopsie que nous avons faite, le 14 au matin, nous a révélé la cause de cette mort si rapide.

A l'ouverture de l'abdomen s'échappe une quantité considérable de gaz qui sortent avec bruit et répandent une odeur fétide.

La masse intestinale ne présente rien de particulier, le colon est très distendu, il n'existe pas traces de péritonite.

En soulevant l'estomac, une certaine quantité d'un liquide jaunâtre s'épancha dans la cavité abdominale par une ouverture qui nous fut bientôt visible. Nous étions en présence d'une perforation de l'estomac, perforation siégeant à la face postérieure de l'organe à la petite courbure au voisinage du pylore.

Du côté de la face péritonéale elle était circulaire de la grandeur d'une pièce de 50 centimes et comme taillée à l'emporte pièce du côté de la muqueuse qui ne présentait aucune autre altération, l'ulcération était circulaire, la disposition en gradins était très nette, les diverses couches de l'estomac apparaissaient bien séparées, l'ulcération de la muqueuse de forme elliptique atteignait très largement les dimensions d'une pièce de 2 fr.

Tous les autres organes ne présentaient rien de particulier.

OBSERVATION IX (personnelle)

Ulcère simple de l'estomac. — Perforation

Le nommé Victor M..., 37 ans, jardinier, est apporté à l'hôpital général de Tours le 23 juin 1893 à 8 heures du matin dans le service du professeur Hippolyte Thomas.

C'est un passager trouvé à l'une des portes de la ville.

Cet homme absolument dénué de ressources est excessivement fatigué et c'est à grand peine qu'il répond à nos questions.

Depuis 2 ou 3 mois il dit souffrir dans l'estomac sans pouvoir préciser ni le point exact de la douleur ni le moment de la journée où il souffre. Jamais il n'a eu de vomissements de sang. D'une constitution robuste il a toujours travaillé. Ce matin au petit jour au moment de reprendre la route il a ressenti de violentes douleurs dans l'estomac et l'abdomen qui l'ont empêché de continuer.

La face est grippée, livide, les yeux sont excavés, la respiration est saccadée, la langue est enduite d'une couche jaunâtre ainsi que la commissure des lèvres, le malade reste à peu près insensible à tout ce qui se passe autour de lui.

La douleur est vive à l'épigastre, elle s'étend dans tout l'abdomen et il existe également une zone très douloureuse dans l'épaule gauche.

La température prise dans l'aisselle est exactement de 37°.

Le pouls est petit, à peine perceptible.

Il n'existe pas de vomissements, et le lait, le bouillon, les potions calmantes qui lui sont administrées, quoique conservées, n'arrêtent pas ces coliques, comme il le dit lui même.

A midi on le trouve mort dans son lit. Aucun des malades

qui se trouvaient autour de lui ne s'en étant aperçu la mort est donc survenue sans convulsions ni agonie.

Le 25 juin nous fîmes l'autopsie. L'abdomen n'était que très légèrement distendu par les gazs. Les intestins ne présentaient rien d'anormal.

En découvrant l'estomac il nous fut facile de voir baignée par un liquide jaunâtre la face antérieure de l'organe perforée.

Après avoir dégagé l'estomac qui était adhérent à la rate et fait une incision du cardia au pylore suivant la petite courbure, il nous fut facile d'examiner la perforation.

Elle était circulaire, de la grandeur d'une pièce de un franc et comme découpée à l'emporte pièce.

Du côté de la muqueuse l'ulcère de forme elliptique est creusée en entonnoir; sur le pourtour cette muqueuse est sensiblement congestionnée, épaissie, parsemée d'érosions hémorragiques, signes d'une gastrite chronique chez un alcoolique. Les adhérences de l'estomac à la rate étaient le résultat d'une ancienne péritonite localisée, car, à l'ouverture, aucune trace de péritonite aigue ne pouvait être constatée.

Le cœur légèrement atrophié présentait une teinte pâle.

Les valvules des gros troncs artériels et les vaisseaux eux-mêmes étaient manifestement sclérosés.

Les poumons congestionnés.

Les reins normaux, le foie granuleux, le sujet étant certainement un alcoolique.

OBSERVATION X

Double ulcère perforant de l'estomac. Mort par péritonite suraiguë.

M. Jayle, interne des hôpitaux (Bulletin de la Société anatomique, 1891.)

Bellet Lauria, domestique, 20 ans, entrée le 3 septembre 1891, hôpital Saint-Louis, salle Gosselin, n° 24.

Jamais malade. Depuis trois semaines diarrhées que la malade attribue à un changement de nourriture.

Hier, 2 septembre, à 6 heures du soir, elle a été prise brusquement en ramassant un objet à terre, d'une douleur extrêmement vive dans l'hypochondre gauche et elle a dit à ce moment avoir senti un craquement à ce niveau.

Depuis, pas de selles ni gaz. Deux ou trois vomissements bilieux abondants.

A son entrée, ventre ballonné, douloureux, résonnant partout, sans aucune tumeur ni point douloureux spécial.

Rien au toucher vaginal. Un peu de sueur froide. Température 37°.

Le diagnostic reste toujours douteux entre iléus et péritonite suraiguë.

Quatre heures plus tard, la température tombe à 36°. Les extrémités sont froides, couvertes de sueur. Le pouls est incomptable, la respiration est à 60 et la malade commence à perdre connaissance. Etant donnée la marche, on porte le diagnostic de péritonite suraiguë, due à une perforation intestinale siégeant du côté de l'hypocondre gauche. Mort à 11 heures du soir.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, liquide séro-purulent

avec quelques parcelles de matières alimentaires, entre autres des pépins de raisin. Gaz fétides, pas d'adhérences.

L'hypocondre gauche est d'abord examiné, on ne trouve aucune perforation intestinale à ce niveau. Le reste de l'intestin est examiné soigneusement et on ne découvre rien ; on voit alors sur la face antérieure de l'estomac une petite perforation et en soulevant fortement l'organe on en découvre une deuxième à sa face postérieure.

L'estomac et le tube intestinal en entier sont enlevés et ouverts. Il n'existe ni perforation ni ulcération ni inflammation sur l'intestin du pylore à l'anus.

Examen de l'estomac. — A la face antérieure à 3 centimètres au dessous de la petite courbure et vers le milieu de celle-ci se trouve une perforation arrondie de 0.008 millim. de diamètre. Le bord en est taillé à pic. Tout autour un peu de vascularisation. En regardant cette perforation par la face interne on voit que l'étendue de l'ulcération est plus considérable ; celle-ci est allongée transversalement et atteint 14 millim. sur 9 millim. au niveau de la muqueuse. Le fond est constitué à droite par l'orifice des perforations et à gauche par la tunique musculaire à nu. Le bord droit de l'ulcération correspond seul à la lèvre droite de la perforation.

A la face postérieure de l'estomac existe une deuxième perforation située à environ 7 cent. du cardia à 5 cent. 1/2 sur la perpendiculaire abaissée de la petite courbure. Cette perforation est elliptique et mesure 16 millimètres sur 7. Les bords sont nets et amincis. Tout autour un peu de vascularisation comme pour la précédente. A cette perforation correspond par la face interne de l'estomac une ulcération elliptique également, mais offrant une longueur de 2 cm. sur 1 cm. Le fond est formé au centre par la perforation et à la périphérie par la muscu-

leuse qui se trouve à nu sur 4 à 5 millimètres d'étendue tout autour de la perforation. En un point cependant la muqueuse, la musculaire et la séreuse sont ulcérées au même niveau.

Les deux perforations sont presque en regard l'une de l'autre ; celle de la face antérieure est cependant située à environ 2 cent. de la seconde.

L'examen des autres organes, le cerveau excepté, a été fait et est resté négatif.

Cette observation intéressante au point de vue anotomopathologique, l'est aussi au point de vue chirurgical.

Si la malade était arrivée à l'hôpital quelques heures plus tôt, elle eût été laparotomisée. On croyait à une perforation intestinale siégeant vers l'hypocondre gauche. Les recherches auraient été dirigées sur ce point. Aurait-on trouvé les perforations, surtout la plus grande, située à la face postérieure près de la petite courbure ? C'est peu probable. Aussi le fait est-il intéressant à signaler démontrant une fois de plus combien dans les péritonites suraiguës, le diagnostic est difficile et l'intervention périlleuse.

OBSERVATION XI

Ulcère de l'estomac. Péritonite par perforation. Laparotomie. Guérison. M. Hartmann. (Rapport de M. le Dr P. Michaux, Société de chirurgie, séance du 11 mars 1896).

Le 28 décembre 1894 nous sommes appelé, à 9 heures du soir, par notre ami M. Malherbe, pour voir, à l'hôpital Bichat, un malade venant d'entrer dans le service de notre maître, le professeur Terrier, pour des accidents aigus de péritonite par

perforation ou d'occlusion intestinale, comme nous dit M. Malherbe dans sa lettre.

Nous trouvons un malade très déprimé, le ventre ballonné, tendu, d'une sonorité tympanique. Les extrémités sont froides, les yeux sont excavés le pouls petit et fréquent (116). Les respirations sont fréquentes (34 par minute). La température est de 37°4; la langue est sèche; le malade se plaint de coliques, néanmoins il n'a pas eu de vomissements. Un interrogatoire rapide nous apprend qu'agé de 26 ans il a toujours joui d'une bonne santé et qu'à part 3 vomissements de sang et quelques troubles digestifs qui l'ont amené à entrer en 1889 pendant quelques temps à Lariboisière, il n'a jamais été obligé d'entrer dans un hôpital. Depuis une quinzaine de jours, il souffrait, surtout après le repas d'une douleur dans le flanc et dans l'hypocondre gauche véritable point de côté qui le gênait dans sa respiration. Il continuait cependant son travail habituel et mangeait de bon appétit, lorsque le 25 décembre, jour de la Noël, il fut pris, dans la soirée, d'accidents brusques. Il avait déjeuné normalement à midi et pris à 6 heures moins un quart une groseille au vin, quand à 6 heures se promenant, il éprouva un malaise brusque qui n'alla pas jusqu'à la syncope mais qui néanmoins l'obligea à entrer dans une pharmacie. Après avoir pris une potion calmante, il fut ramené chez lui en voiture.

La douleur abdominale, peu marquée dans les premiers moments, alla en augmentant progressivement, s'irradiant dans l'épaule gauche. En même temps survenaient des coliques violentes et du ballonnement de l'abdomen. Pas de garde-robes, pas de gaz par l'anus depuis ce moment.

Notre diagnostic restant hésitant entre une péritonite par perforation et un étranglement interne, nous faisons une petite

incision sous ombilicale. Dès que le péritoine est ouvert, des gaz s'échappent avec sifflement et le ventre s'affaisse.

L'épiploon présente à sa surface des exsudats fibrino purulents, l'intestin ne présente pas trace de météorisme.

Aussi nous rémemorant les renseignements donnés par le malade, ses hématémèses, d'il y a 6 ans pensons-nous immédiatement à un ulcère de l'estomac perforé.

Quelques coups de ciseaux nous permettent en un instant de prolonger notre incision vers l'appendice xiphoïde. Les lésions préépiploïques vont en augmentant à mesure qu'on s'élève. Des exsudats fibrino-purulents recouvrent la vésicule biliaire et la face inférieure du foie. Entre celui-ci et l'estomac se trouve un liquide ressemblant à du lait mêlé de pus ; en remuant un peu l'estomac, un flot de ce liquide arrive dans la plaie limitée par des compresses stérilisées. Après nettoyage des parties avec des tampons montés nous constatons que des liquides sortent de l'estomac par un orifice situé au voisinage du cardia sur sa face antérieure. Comme cette partie du viscère ne peut être ramenée dans la plaie, fixée qu'elle est en arrière, et que l'état du malade ne nous semble pas permettre de prolonger cette exploration, nous limitons avec un barrage de gaze iodoformée une vaste cavité entre le foie, la rate, l'estomac et le diaphragme, cavité que nous drainons avec 2 énormes drains en canon de fusil.

Toute la partie inférieure de la plaie est fermée par une suture à 2 étages ; un surjet à la soie réunit la paroi musculo-aponévrotique ; la peau est suturée par des points séparés de crin ; comme pansement gaze iodoformée, ouate, et bandage de corps.

Trois heures plus tard, à minuit, le malade a 39° 1 ; le lendemain matin il a 38° 4, 104 pulsations, 30 respirations.

Le 29 au soir 39° 4, 104 pulsations.

Le malade soumis à une diète absolue est exclusivement nourri avec les lavements alimentaires.

Le 30, le matin 39° 4 ; 400 pulsations ; langue sèche ; le soir 39° 2 ; 422 pulsations. Nous adjoignons aux lavements alimentaires un peu de cognac.

Le 31, le matin : 39° 2 ; le pansement est percé par un écoulement abondant verdâtre. Le soir 39° 2.

Le 1^{er} janvier 1895 le malade est mieux ; sa langue est humide, un abondant écoulement de suc gastrique nous oblige encore à rencuveler le pansement. Nous autorisons du lait en très petite quantité. Le soir 37° 8.

Le 2 janvier 1895, l'écoulement du suc gastrique toujours abondant est mêlé de grumeaux de lait. La paroi abdominale est irritée, exulcérée par l'action du suc gastrique. Nous supprimons un des 2 drains ; 3/4 de litre de lait, 1/2 bouteille de champagne. Le soir 37° 6.

Le 3 janvier, 37° 8 ; 104 pulsations ; 37° 4 le soir ;

Le 4 janvier, 37° 4 ; 37° 8 ;

Le 5 janvier, 36° 8 ; 37° 1.

Depuis le début de l'alimentation, soit depuis 4 jours, on est obligé de faire 2 pansements par jour. Le malade est toujours faible et a un facies tiré. Nous lui faisons une injection de sérum artificiel de 5 grammes (phosphate de soude, acide phénique, etc.), et lavons la cavité, qui maintenant doit être limitée, avec une solution d'acide borique. Ce lavage ramène une quantité de lait caillé.

Le 6 janvier, 37° 6 le matin, 37° 7 le soir.

L'état général est meilleur. Nous commençons à retirer le tamponnement iodoformé de la partie inférieure de la plaie et le supprimons les jours suivants.

A partir de ce moment la température est normale, le deuxième drain, raccourci le 13, est définitivement enlevé le 21. L'écoulement du contenu stomacal a progressivement diminué pour cesser complètement le 15. L'alimentation solide a été commencée le 24 janvier.

Le 17 février le malade part en convalescence à Vincennes.

26 mars. — Depuis une quinzaine de jours notre opéré a repris son travail de chaudronnier. Il se porte bien, mange bien, digère bien, ne se plaignant que d'une légère douleur dans l'épaule gauche pendant l'heure qui suit le repas.

La cicatrice longue de 16 centimètres est un peu irrégulière; il existe à sa partie supérieure une légère éventration.

OBSERVATION XII (Résumée).

Double ulcère perforant. Péritonite aigue généralisée. MM. Diriart et Appert. (Société anatomique, 9 octobre 1896).

MM. Diriart et Appert présentent un estomac perforé par deux ulcères ronds de la grandeur d'une pièce de 0,50 centimes situés l'un sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure de l'organe.

La malade, une jeune fille de 22 ans, avait subitement présenté des symptômes de péritonite aigue généralisée, sans aucun signe antérieur.

La laparotomie n'avait pas permis de découvrir la cause de cette péritonite subite.

CONCLUSIONS

Gastrorrhagie

La gastrorrhagie dans la maladie de Cruveilhier est un accident très fréquent pouvant occasionner la mort subite.

Cette gastrorrhagie peut passer inaperçue, l'hématémèse ne se produisant pas.

Dans le cas d'anémie persistante et surtout chez les jeunes sujets on doit songer à la gastrorrhagie.

L'examen des selles confirmera le diagnostic par la présence du mélcœna.

La gastrorrhagie peut précéder ou accompagner la perforation.

Perforation

La perforation est une complication fréquente de la maladie de Cruveilhier à laquelle on devra toujours penser dans les péritonites de cause indéterminée.

Chez certains sujets dont la mort suit de près l'apparition des premiers accidents, on peut constater l'absence de péritonite.

Lorsqu'on intervient, cette indication est d'une grande utilité.

Le chirurgien trouvant dans la laparotomie le moyen de sauver son malade ne devra pas hésiter.

Avant de refermer l'abdomen, la perforation étant traitée, il examinera soigneusement les deux faces de l'estomac et s'assurera qu'il n'existe pas d'autres perforations.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LABOULBÈNE

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abercrombie (J).** — Observations sur l'inflammation et l'ulcération de l'estomac. (Edinburgh médical and surgical Journal 1824. — Archives Générales de médecine, 1^{re} série 1824, t. IV. p. 447)
- Andral.** — Clinique médicale. 1839, p. 104.
- Audhoui.** — Traité des maladies d'estomac. 1823.
- Bernutz.** — Ulcère stomacal chez les tourneurs de porcelaine. In Revue d'hygiène. 1884. III
- Bignon.** — Des perforations spontanées de l'estomac. Th. de Paris. 1854.
- Brayer.** — Contribution à l'étude de la perforation dans l'ulcère de cet organe. Th. de Paris. 1893.
- Brinton.** — On the pathology, symptoms, and Treatment of ulcer of the stomach. London Churchill. 1857, p. 227.
- Traité des maladies de l'estomac. 1870.
- Budd (a).** — De l'ulcère simple et du cancer de l'estomac. 1855.
- Carrière.** — Bull. de la Société anatomique. 1863.
- Chapt.** — Perforation des ulcères simples de l'estomac et leur traitement chirurgical. Th. de Paris. 1845.
- Choppin.** — Perforation dans l'ulcère latent de l'estomac, Th. de Paris. 1896.
- Cruveilhier.** — Anatomie pathol. du corps humain. 1830-1842, X^e livraison, pl. V et VI. — XX^e livraison, pl. V et VI.
- Revue médicale. 1838.
- Leblanc

Archives de médecine. 1856.

Debove. — Bull. de la Société médicale des hôpitaux, avril 1884.

Union médicale, 30 décembre 1892.

Debove et Raymond. — Gazette des Hôpitaux. 1890.

Debove et Renault. — L'ulcère de l'estomac. 1892.

Dieulafoy. — Traité de pathol. interne. 1893.

Diriart et Appert. — Bull. de la Société anatomique. 1896.

Duval (André). — Des ulcères simples de l'estomac, Th. Paris. 1852.

Gilbert. — Thèse de Paris. 1887-1888.

Grisolle. — Traité de pathol. interne. 1869.

Jayle. — Bull. de la Société anatomique. 1891.

Lanceraux. — Gazette des Hôpitaux. 1876.

Litten. — Berliner, Med. Woch. 1880.

Luton. — Société médicale d'observations de Paris. 1858.

Luton (A). — Dict. de Méd. et de Chirurgie pratique. 1871, p. 220.

Ulcère simple de l'estomac.

Niémayr. — Traité de pathol. int. et de thérap. 1869.

Michaux. — Bull. de la Société de chirurgie. 1896.

Rokitansky. — De l'ulcère perforant de l'estomac. (Ester méd. Jahrb. 1839. — Archives générales de méd. 1840, 3^e série, p. 195).

Routh. — The lancet. 1851.

Strumpell. — Traité de pathol. int. traduit par Schramme. 1884.

Talamon. — Ulcère perforant de l'estomac. Bull. Soc. anat. 1879.

Toulimouche. — Des ulcérations de l'estomac. Archives générales de médecine, 6^e série. 1869, t. XIV.

Trousseau. — Clinique de l'Hôtel Dieu, t. III, p. 88.

